

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : K/0120/3861  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/01/2020  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : GUNU SARDAR  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 51 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : GANGA SARDAR  
पिता/पत्नी का नाम



PRESENT RESIDENCE ADDRESS

HANUMANGALA PARI, RAJCHAMPUR, TAGANJ,  
MURSHIDABAD 742123, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : वहाँ स्थायी पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION : LABOURER  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1800 x 12 = 21600/-  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. क्या है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (को मानें जो उचित पर चर्चा का विषय बनने पर)

Yes / No  
हां / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	GUNU SARDAR	51	M	SELF
2.	PUSHPA SARDAR	57	F	WIFE
3.	SUMAL SARDAR	41	F	DAUGHTER
4.	MADAN SARDAR	34	M	SON
5.	PURANJAN SARDAR	18	M	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सहायता हेतु को जोड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रेषित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु दिने गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रुची संलग्न
1.	DIAGNOSIS - CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (STES + SOL)

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एकी गई सहायता राशि

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं इससे घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता प्राप्त होने पर, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण रूप से, उक्त उद्देश्य का अतिरिक्त या भ्रमण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या उसे लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने हस्ताक्षर की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे प्रचारित करने के लिये किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरे प्रकरण के पत्रों के पत्र में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में प्रकाशित है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उद्देश्य के प्रकाशित करने के लिये सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रचारित करने के लिये अधिकृत और सहायता की जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :  
आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाणित करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्तीय सहायता से लाभ न उठा सकते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या उसे लेने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता सिफारिश/प्रक्रिया हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हम सहायता हेतु प्रस्तावित रोगी का निवारण करने का उत्तरदायित्व सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त ही उपचार प्राप्त करने हेतु सिफारिश करने वाले रोगी को सहायता के लिये अन्य सहायता से नहीं लेना चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता के माध्यम से सिफारिश करता हूँ। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा ही मैं सहायता के लिये मेरे रोगी/रोगी के माध्यम से प्राप्त इस्तेमाल के बीच का निवारण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रकरण का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हम सहायता में रोगी के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने अपने को सही विनिर्देशों को ही सहायता को सही और "कोशिका" को सही पुष्टि या सिफारिश प्रकरण में नहीं लेते।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
सिफारिश के लिये अनुमति

Dr. Madhusudan Bagchi

Dr. Madhusudan Bagchi  
MBBS, MS, Fellowship (Cataract)  
Reg. No. - 60560 (WBMCI)  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हस्ताक्षर का नाम या हस्ताक्षर या छाप

Date of Surgery  
अपरेशन की तिथि  
10/01/20

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 हस्ताक्षर 2